



ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT
LES MONTILS – CANDE SUR BEUVRON – MONTHOU SUR BIEVRE

FICHE DE RENSEIGNEMENT ACCUEIL DE LOISIRS
2023
LES MONTILS–CANDE SUR BEUVRON–MONTHOU SUR BIEVRE

ENFANT
 Nom et prénom : Fille Garçon
 Date de naissance : Classe et école fréquentées :

FAMILLE	PERE	MERE
Nom et prénom
Adresse
Téléphone fixe
Portable
E-mail
Profession
Nom et adresse employeur
Téléphone

Etes-vous allocataires CAF ou MSA ?.....
 Numéro allocataire : Quotient familial :

ASSURANCE
 Je soussigné (e),déclare avoir une assurance de responsabilité civile pour mon enfant (N°police..... Organisme.....)

Personnes à contacter en cas d'absence, d'accident et autorisés à récupérer l'enfant durant l'année :
 Nom/adresse et téléphone :
 Nom/ adresse et téléphone
 Nom/ adresse et téléphone :

FICHE AUTORISATIONS ET FICHE SANITAIRE à remplir au verso

Fait à, le

Signature :





AUTORISATIONS ACCUEIL DE LOISIRS 2023

Je soussigné(e),, responsable de l'enfant autorise l'équipe de l'accueil de loisirs à pratiquer les actions ou activités suivantes :

- TRANSPORT : lors de sorties, nous utilisons un car.
- BAINNADE : mon enfant peut aller à la piscine. (Les brassards sont fournis par le centre)
Sait-il nager ? Oui Non
- IMAGE : l'équipe peut prendre mon enfant en photo, à usage exclusif des services pédagogiques (diaporama photo, plaquettes, journal local, site web du service jeunesse)
- VEHICULE : en cas d'urgence (rapatriement ou médecin), la directrice ou l'organisateur peut transporter mon enfant dans son véhicule personnel.

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DU JEUNE. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. **MERCI DE NOUS INDIQUER TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE.**

RAPPEL : lors des séjours, si traitement médical, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance.**

- 1- **LES VACCINS** : fournir une photocopie des vaccins à jour (seul DTP obligatoire)
- 2- **LES DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, crises convulsives, opération..... Et les précautions à prendre)
ET ALLERGIES

.....
.....
.....

Votre enfant a-t-il un PAI ? Non Oui lequel

Votre enfant bénéficie-t-il de l'AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé) ? Non Oui

3- MEDICAL

Médecin famille (nom, adresse, téléphone)

En cas d'hospitalisation nécessaire, je souhaite que mon enfant soit conduit, dans la mesure du possible
 à l'hôpital à la clinique

4- RESPONSABLE DE L'ENFANT

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature des parents :

